

Jahrestagung 2020

der Gesellschaft für Innere Medizin
Sachsen-Anhalt e.V.



Kunstgewerbe u. Handwerkerschule

Abstracts

8
PUNKTE

von der Ärztekammer
Sachsen-Anhalt

BDI 
Berufsverband Deutscher Internisten e.V.

Gemeinsam sind wir Arzt.

 **SCHIRMHERRSCHAFT**
Deutsche Gesellschaft
für Innere Medizin

Kasuistik: Ketoazidose bei Diabetes mellitus Typ 2 unter SGLT2-Hemmer

Juliane Peters¹, Silke Klose¹

¹Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Einleitung: Eine 79-jährige adipöse Patientin wurde durch den Ehemann in die Zentrale Notaufnahme bei zunehmender Desorientiertheit, Inappetenz und rezidivierenden Synkopen gebracht. An Vorerkrankungen waren eine koronare Herzerkrankung ohne signifikante Stenosen, eine arterielle Hypertonie, ein paroxysmales Vorhofflimmern sowie ein Diabetes mellitus Typ 2 bekannt. Ein Medikationsplan lag nicht vor. Die Patientin war unscharf orientiert, sodass eine gründliche Anamnese nicht möglich war. Über den Ehemann war zu eruieren, dass sie seit einigen Tagen weniger gegessen und getrunken habe.

Methodik: Die Patientin war hypoton (RR 90/55 mmHg) und tachykard (Hf 120/min). Laborchemisch imponierte eine metabolische Azidose mit einem pH von 7,18 und einem Basenüberschuss von -16,8. Der Blutzucker lag bei 13,2 mmol/l. Es zeigte sich eine eingeschränkte eGFR mit 57 ml/min. Es erfolgte die Gabe von parenteraler Flüssigkeit und Bikarbonat. Im Verlauf fielen Blutketone von 7,1 mmol/l auf, weshalb eine diabetische Ketoazidose diagnostiziert und die Patientin intravenös mit Insulin und gleichzeitig Glukoselösung bei Blutzuckerwerten zwischen 8 und 14 mmol/l behandelt wurde. Über den Hausarzt erfuhren wir die vorbestehende antidiabetische Medikation mit Metformin und Empagliflozin, die von uns nicht weiterverordnet wurde.

Resultate: Unter intravenöser Insulingabe und Infusionstherapie besserte sich der Zustand der Patientin und wir konnten sie im Verlauf auf eine basal-geführte Insulintherapie einstellen. Die Nierenfunktion erholte sich (eGFR 85 ml/min).

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen und COVID-19 – wie sind unsere Patienten bisher zurechtgekommen?

Franziska Schlabitz¹, Niels Teich², Anica Riesner-Wehner¹, Sebastian Böhm¹, Robin Greinert¹, Stephan Eisenmann¹, Patrick Michl¹, Jens Walldorf¹

¹Universitätsklinikum Halle, Klinik für Innere Medizin I, Halle (Saale), Sachsen-Anhalt, Deutschland

²Internistische Gemeinschaftspraxis für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, Leipzig, Sachsen, Deutschland

Einleitung: Das Wissen über SARS-CoV2, einschließlich der Behandlung und Prävention von COVID-19, wächst schnell. Die massiven Veränderungen im Gesundheitssystem, die durch die COVID-19-Pandemie verursacht wurden, wirken sich erheblich auf die Gesamtqualität der medizinischen Versorgung aus. In dieser Umfrage wollten wir die Erfahrungen und Sorgen von Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen (CED) in Bezug auf die aktuelle Pandemie untersuchen. Methodik: Vom 28. April 2020 bis zum 31. Juli 2020 wurde Patienten mit CED ein webbasierter 40-Punkte-Fragebogen zu krankheitsbedingten Erfahrungen und Sorgen während der COVID-19-Pandemie zur Verfügung gestellt.

Resultate: Ein aufgrund der CED erhöhtes Risiko für eine SARS-CoV2-Infektion war bei 56,7% der 1.199 Patienten (41,3 ± 12,8 Jahre, Frauen 77%, Morbus Crohn 58,8%, Colitis ulcerosa 38,5%) eine Sorge, 61,7% befürchteten ein erhöhtes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf von COVID-19. Subjektiv wirksame Präventionsmaßnahmen in ambulanten Praxen oder Krankenhäusern wurden von 84,7% der Patienten beobachtet. Termine beim CED-Arzt wurden in 38,7% häufig auf Initiative der Patienten abgesagt. Telekommunikationsvisiten wurden von 71,0% als akzeptable Alternative zu persönlichen Besuchen angesehen. Aufgrund der Pandemie wurde die CED-Medikation bei 6,9% der Patienten reduziert oder unterbrochen. Bei 13,2% der Patienten wurde ein Corona-Abstrich (SARS-CoV2-PCR) durchgeführt, nur 3 Patienten (0,25%) wurden positiv getestet.

Schlussfolgerungen: Die COVID-19-Pandemie ist ein wichtiges Anliegen von Patienten mit CED. Die kumulative Prävalenz in unserer Kohorte ist jedoch gering. Risikopatienten sollten individuell identifiziert und beraten werden. Ärzte sollten durch geeignete Hygienemaßnahmen zur Sicherheit der Patienten beitragen. Wenn dies aufgrund der lokalen COVID-19-Situation erforderlich ist, werden Telekommunikationsbesuche und großzügige Verschreibungsrichtlinien geschätzt, um die persönlichen Kontakte zu reduzieren.

Fallbericht eines Patienten mit fortgeschrittenem, nicht-zirrhosischen hepatozellulärem Karzinom und kompletten intrahepatischem Ansprechen unter Atezolizumab und Bevacizumab in der Viertlinientherapie

Laura Mattheis¹, Sebastian Krug¹

¹Universitätsklinikum Halle, Klinik für Innere Medizin I, Halle (Saale), Sachsen-Anhalt, Deutschland

Fallbericht: Vorgestellt wird der Fall eines 60-jährigen Mannes, der sich im September 2019 mit einer 14x10 cm großen Raumforderung der Leber in unserer Klinik vorstellte. Sonographisch konnte eine Leberzirrhose ausgeschlossen werden. Laborchemisch zeigte sich AFP nicht erhöht. Eine aktive oder frühere virale Hepatitis bestand nicht. Im Staging ergab sich keine Hinweise auf eine Fernmetastasierung. Histologisch zeigte sich ein mäßig differenziertes hepatozelluläres Karzinom. Während der geplanten chirurgischen Resektion zeigten sich intraoperativ neue Leberherde, sodass die Operation abgebrochen wurde. Es erfolgte die Therapie mittels SIRT und Lenvatinib 8 mg/Tag, wobei aufgrund der schlechten Verträglichkeit im Verlauf die Dosisreduktion auf 4mg/Tag nötig war. Im Verlaufs-CT nach 3 Monaten zeigte sich ein deutlicher hepatischer Progress und neue extrahepatische Metastasen. Klinisch bestand eine ausgeprägte Verschlechterung des Allgemeinzustandes und Gewichtsabnahme. Es erfolgte der Wechsel auf Sorafenib, welches nach 5 Wochen aufgrund von Nebenwirkungen beendet werden musste. Bis zur Genehmigung der Krankenkasse erfolgte überbrückend die zweimalige Gabe von Ramucirumab. Nach Genehmigung begannen wir entsprechend der IMbrave Studie eine Therapie mit Atezolizumab und Bevacizumab.

Nach 4 Zyklen Atezolizumab und Bevacizumab sahen wir im CT ein deutliches Ansprechen im Sinne einer intrahepatischen complete response und deutlichen Regredienz der Metastasen. Klinisch bestand eine deutliche Verbesserung des Allgemeinzustandes und Normalisierung des Körpergewichtes auf das Ausgangsgewicht.

Schlussfolgerungen: Der vorgestellte Fallbericht stellt unseres Wissens nach den ersten Fall eines kompletten, intrahepatischen Ansprechens unter Atezolizumab und Bevacizumab in der Viertlinientherapie bei einem Patienten mit metastasiertem HCC dar. Der Einsatz dieser Kombination auch in höheren Therapielinien sollte in weiteren randomisierten Studien untersucht werden.

Operabilität und pathologisches Ansprechen des Lungenkarzinoms nach neoadjuvanter Therapie mit Immun-Checkpoint-Inhibitoren

Dr. med. Eva Lücke¹, Christine Ganzerta¹, Sebastian Föllner¹, Anja Wäschea¹, Dörthe Jechorek², Victor Schoederb², Thorsten Wallesc³, Philipp Genseked⁴, Jens Schreiber¹

¹Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Pneumologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

²Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Institut für Pathologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

³Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, Abteilung Thoraxchirurgie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

⁴Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Einleitung: Eine Blockade von Immun-Escape-Mechanismen (z.B. PD1/PD-L1) mit Immun-Checkpoint-Inhibition (ICI) kann das Überleben von Patienten mit fortgeschrittenem NSCLC verlängern und ausgeprägte Remissionen induzieren. Eine neoadjuvante ICI bei Patienten mit resektablem oder oligometastasiertem NSCLC wurde bisher kaum untersucht

Methodik: Es wurden Biopsien von Patienten mit lokal fortgeschrittenem oder oligometastasiertem NSCLC untersucht. Es erfolgte bei einer PD-L1 Expression > 50%, gutem ECOG-Status und zu erwartender Operabilität die ICI-Applikation und nach circa vier Wochen die thoraxchirurgische OP. Alle Patienten erhielten ein komplettes Staging. Es wurden die Verträglichkeit, das radiologische und histologische Tumoransprechen und das chirurgische Outcome analysiert.

Resultate: Vier Patienten (2 männlich, 2 weiblich, Alter 56-78 Jahre, n=3 Adenokarzinom, n=1 Plattenepithelkarzinom) erhielten präoperativ einen ICI. Alle Patienten hatten lokal fortgeschrittene Tumore und die mediastinalen Lymphknoten waren in 3 Fällen positiv. Bei einem Patienten lag eine isolierte Hirnmetastase vor, welche stereotaktisch radiotherapiert wurde. Alle Patienten erhielten präoperativ komplikationslos 2 bis 6 Zyklen eines ICI. Dies führte nicht zu einer Verzögerung der OP. Nach iRECIST zeigten 3 Tumore eine partielle response und ein Patient wies ein stable disease auf. Alle Tumore wurden komplett reseziert und die OP erwies sich trotz inflammatorischer Veränderungen als technisch unproblematisch. Es gab keine behandlungsbezogene Morbidität oder Mortalität und keine perioperativen Komplikationen. In den Resektaten waren jeweils zweimal ein komplettes pathologisches Ansprechen (Regressionsgrad III nach Junker), und zweimal ein Regressionsgrad IIa nach Junker nachweisbar.

Schlussfolgerungen: Eine neoadjuvante Therapie mit ICI ist gut verträglich und kann bei ausgewählten Patienten eine komplette Tumorremission induzieren. Die Behandlung hat keinen negativen Einfluss auf den chirurgischen Eingriff. Die Prognose ist vielversprechend bei komplett pathologischem Ansprechen und eingeschränkt bei partiell pathologischem Ansprechen.

Immunmodulation, Segen mit Nebenwirkung

Maximilian Josef Ganz¹, Fabian Gehringer¹, Christian Gross¹, Peter R. Mertens¹

¹Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Die Vorstellung des 59-jährigen Pat. erfolgte durch eine externe Lungenklinik bei akuter Verschlechterung der vorbekannten Niereninsuffizienz KDIGO 2/A2 auf Stadium 5/A2. Grund für die stationäre pneumologische Behandlung war die Fortführung der Therapie mit Pembrolizumab, Carboplatin und Paclitaxel (Zyklus 2) bei Plattenepithelkarzinom der Lunge^{1,2}, mit Infiltration des Ösophagus und Kompression der V. c. superior.

Die Therapie wurde wegen des Anstiegs der Retentionswerte pausiert. Im 1. Zyklus mit Carboplatin/Paclitaxel war es zu keinen signifikanten Nebenwirkungen gekommen.

Bei Verlegung sahen wir einen Pat. mit Vollbild der Urämie. Paraklinisch imponierten in der Blutgasanalyse eine metabolische Azidose und Hyperkaliämie. Urinstatus blande. Bei V. a. ein immunologisches Phänomen ordinierten wir eine Prednisolon Stoßtherapie. Hierunter besserte sich die Nierenfunktion nicht, und es erfolgte die Einleitung der Hämodialyse. Zur Detektierung der Ursache der renalen Schädigung führten wir eine Nierenbiopsie durch. Hier zeigte sich eine floride interstitielle Nephritis. Diese war am ehesten als Ausdruck der renalen Affektion durch den genannten Checkpoint-Inhibitor (CPI) (Pembrolizumab) zu werten.

Schlussfolgerung: Das onkologische Armamentarium hat sich durch die Entwicklung der CPI deutlich verstärkt. Sie aktivieren das Immunsystem, insbesondere durch T-Zell Stimulation, und sind mittlerweile für eine Vielzahl von Tumorentitäten zugelassen. Immunvermittelte Nebenwirkungen der CPI betreffen häufig die Haut und den Gastrointestinaltrakt; renale Nebenwirkungen sind nach neuesten Erkenntnissen jedoch häufiger als bisher angenommen und manifestieren sich histologisch oft in Form einer tubulointerstitiellen Nephritis.

Das Management der neuen Therapieformen benötigt einen interdisziplinären Ansatz, um mögliche Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen.

TNM Stadium1: cT4 CN2 CM1b LYM

Union internationale contre le cancer Stadium2: IV A

Nierentransplantation in Sachsen-Anhalt - aktueller Stand

Ulrich Pein¹, Annekathrin Fritz¹, Matthias Girndt¹

¹Universitätsklinikum Halle, Klinik für Innere Medizin II, Halle (Saale), Sachsen-Anhalt, Deutschland

Einleitung: Nach zuletzt kontinuierlich rückläufigen Organspende- und Transplantationszahlen bis zum Jahr 2017, zeichnet sich deutschlandweit eine diskrete Erholung ab. Im Folgenden werden die Statistiken zur Nierentransplantation in Sachsen-Anhalt in diesem Zeitraum dargestellt.

Methodik: Stellvertretend für das Land Sachsen-Anhalt werden die Zahlen des Nierentransplantationszentrums Halle (Saale) ab 2017 inklusive der ersten drei Quartale 2020 im Hinblick auf Nierenwarteliste, Quantität und Qualität von Organangeboten, transplantierten Organen sowie Besonderheiten im Rahmen der Covid-Situation dargestellt.

Resultate: Der bundesweite Trend einer Erholung, sowohl der Organspende als auch Transplantationszahlen, lässt sich auch in Sachsen-Anhalt reproduzieren. Nach einem Tiefpunkt im Jahr 2016 (n=34 Transplantationen), zeigten die Folgejahre eine Rückkehr auf Niveau der Vorjahre. Zu 2017 zeigte sich ein Zuwachs um 35% auf n=46 Transplantationen, mit nochmalig 9% Zuwachs zu 2018 (n=50). Seither schwanken die Zahlen zwischen n=40 (2019) und n= 40 (Stand 3.Quartal 2020). Der Anteil an Lebendspenden blieb über die Jahre konstant zwischen 25-35%, sank in 2020 aufgrund der Covid-Situation allerdings auf 13%. Im Gegensatz zu den Lebendspenden gab es bei postmortalen Organangeboten als auch Transplantationen keinen signifikanten Rückgang während der Coronapandemie. Die Ablehnungsquote von Organangeboten liegt über die letzten Jahre ebenfalls weitgehend konstant bei 65-75%. Nur jedes 3. bzw. 4. Organangebot kann auch transplantiert werden. Mehr als die Hälfte der angebotenen Organe weist ein Spenderalter von >65 Jahren auf.

Schlussfolgerungen: Die letzten Jahre zeigen eine gewisse Erholung der Transplantationszahlen. Von einer Steigerung im Allgemeinen kann jedoch keine Rede sein. Eines der Hauptprobleme stellt nicht die fehlende Spendebereitschaft, sondern die Qualität der zur Verfügung stehenden Organangebote dar. Insofern bleibt die Nierenlebendspende, auch wenn oft kritisch gesehen, eine der wenigen Optionen auf eine zeitnahe und langfristig erfolgversprechende Transplantation. Eine Besserung der Wartezeiten auf ein postmortales Spenderorgan scheint nicht absehbar.“

Medikamentöse Intoxikation bei Nierentransplantation mit der Klinik einer Schluckstörung

Sascha Thomas Bender¹, Christian Gross¹, Peter R. Mertens¹

¹Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Ein 82-jähriger männlicher langzeitnierentransplantiertes Patient wird stationär bei seit einigen Tagen bestehender Dysphagie und akut-auf-chronischer Transplantatnieren-Schädigung aufgenommen. Die körperliche Untersuchung ergibt hypotone Blutdruckwerte, symmetrische Beinödeme sowie einen feinschlägigen Tremor der Hände. Laborchemisch und klinisch wird ein oligurisches akut-auf-chronisches Nierenversagen (eGFR-Abfall von 24 auf 13ml/min) diagnostiziert.

Der Tacrolimus-Serumspiegel wird mit 65 ng/ml deutlich erhöht bestimmt (Ziel 4-6 ng/ml). Eine ÖGD zur Abklärung der Dysphagie ergibt eine diffuse Motilitätsstörung, die Manometrie weist auf einen hypertensiven unteren Ösophagussphinkter mit nahezu fehlender Peristaltik hin. Als mögliche Ursache der Achalasie kommt kausal die Tacrolimus-Toxizität in Frage. Der Patient erhält bilanziert Volumen, Tacrolimus wird pausiert. Es stellt sich mit Erreichen des Tac-Zielspiegels sukzessive eine Besserung der Nierenfunktion auf Vorniveau ein. Bezüglich der Achalasie sind endoskopische Kontrollen mit der Option einer Ballondilatation geplant. Eine Nahrungskarenz ist nicht erforderlich. Nach Familienbesuch und Verabreichen einer größeren Nahrungsmenge entwickelt er akut retrosternale Schmerzen. Die Gastroskopie bei V.a. ein Bolusgeschehen zeigt eine Ösophagusruptur, im notfallmäßigen CT stellt sich eine sehr ausgedehnte Läsion dar. Bei Therapielimitierung gemäß Patientenwunsch erfolgt kein operativer Eingriff und der Pat. verstirbt im Verlauf.

Schlussfolgerungen: Der vorliegende Fall weist auf eine seltene, jedoch gravierende Nebenwirkung einer Tacrolimusintoxikation hin. Die Ursache der erhöhten Spiegel blieb letztlich unklar ein Einnahmefehler ist anamnestisch wahrscheinlich. Die Ösophagusmanometrie hat letztendlich die Diagnose ergeben, wobei die funktionelle Fehlbelastung zu der Ruptur geführt hat.

Leberegelbefall – Eine Falldarstellung

Heinrich Korth¹, Patrick Krummenerl¹

¹Martha-Maria Krankenhaus Halle-Dölau, Klinik für Innere Medizin III, Halle (Saale), Sachsen-Anhalt, Deutschland

Einleitung: Opisthorchiasis bzw. Clonorchiasis stellt eine seltene parasitäre Wurmerkrankung, hervorgerufen durch den Befall mit *Opisthorchis felinus* (Katzenleberegel) bzw. *Clonorchiasis sinensis* (chinesischer Leberegel) dar. Die infektiösen Larven werden durch die Einnahme von rohen oder nicht ausreichend gegarten Süßwasserfisch übertragen. Über die Papilla Vateri gelangen sie in die Gallenwege und reifen dort zu Eier-legenden Larven heran.

Methodik: Wir berichten mit der vorliegenden Falldarstellung anhand von Anamnese, Diagnostik, Therapie und klinischen Verlauf über die seltene Infektion mit *Opisthorchis felinus*. Anhand eines Videos von adulten Würmern in der Cholangioskopie und vergrößerten Aufnahmen der Wurmeier soll eine anschauliche Darstellung erfolgen.

Resultate: Die 67-jährige russisch-stämmige Frau, wurde mit einer seit zwei Monaten bestehenden Gewichtsabnahme, Abgeschlagenheit und Übelkeit zugewiesen. Ihre Tochter hätte nach einer gemeinsamen Russlandreise ähnliche Symptome bemerkt. Sie verzehrten gemeinsam den Karpfenfisch ‚Aland‘. Laborchemisch imponierte eine deutliche Cholestase ohne Bilirubinämie und eine Eosinophilie. Mikrobiologisch wurden Eier von *Opisthorchis felinus* nachgewiesen. In der ERC mit Cholangioskopie zeigten sich multiple adulte Leberegel. Nach der Therapie mit Praziquantel mit 75 mg/kg KG für 2 Tage i.v. wurden zwei Monate später keine Leberegel mehr cholangioskopisch nachgewiesen. Die Pat. gab eine vollständige Regredienz ihrer Beschwerden an.

Schlussfolgerungen: Bei Pat. mit einer unklaren Cholestase sollte auch in Europa an die seltene Ursache eines Leberegelbefalls gedacht werden. Bei persistierendem Befall ist das Risiko für die Entwicklung eines cholangiozellulären Karzinoms erhöht. Diagnostisch können die Eier im Stuhl nachgewiesen werden oder es gelingt der direkte Nachweis in der Endoskopie. Mit Praziquantel steht ein gut wirksames Antihelmentikum zur Verfügung.

Therapierefraktäre arterielle Hypertonie bei Nierenarterienstenose

Sarah-Laetitia Ritz¹, Peter R. Mertens¹, Christian Gross¹

¹Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Eine 50-jährige Patientin stellte sich wegen hypertensiver Entgleisung mit Werten bis 250/110 mmHg vor. Eine arterielle Hypertonie war seit 2017 bekannt. Ihre Medikation hatte die Patientin im Vorjahr selbständig abgesetzt. Klinisch bestanden eine diffuse Cephalgie und Visusminderung. An Vorerkrankungen bestand ein Nebenniereninzidentalom (Ausschluss Hyperkortisolismus und Phäochromozytom 2008), chronische Niereninsuffizienz KDIGO G3aA2, Autoimmunhypothyreose. Vorbefunde berichteten, dass keine Nierenarterienstenose vorlag. Status praesens unauffällig. In der LZ-RR-Messung lagen die Werte bei 163/106 mmHg ohne Nachtabsenkung. In der ophthalmologischen Vorstellung imponierte ein Fundus hypertonicus Grad IV. Die Duplexsonographie der Nierenarterien ergab eine Flußgeschwindigkeit von 233 cm/s rechts. Die CTA zeigte hier eine Stenose von etwa vier cm Länge. Nebebefundlich Raumforderung der linken Nebenniere, diskret größenprogredient gegenüber 2008. Trotz antihypertensiver Kombinationstherapie im Verlauf weiterhin stark hypertensiver Blutdruck, zudem Anstieg der Retentionswerte. Daher erfolgte eine perkutane transluminale Angioplastie (PTA) mit Stentimplantation. Postinterventionell fiel der Blutdruck rasch auf 124/86 mmHg in der LZ-Messung ab. Die antihypertensive Medikation konnte reduziert werden. Die Duplexsonographie ergab physiologische Flußwerte der Art. renalis re. ohne Seitendifferenz der Widerstandsindices. Die Nierenfunktion normalisierte sich.

Schlussfolgerungen: Bei der relativ jungen Patientin konnte der Nachweis einer hämodynamisch relevanten Stenose mittels Duplex-Sonographie und CT-Angiographie erbracht werden. Aufgrund der medikamentösen Therapierefraktärität und ansteigenden Retentionswerten erfolgte eine PTA mit erfolgreichem Verlauf, da der Bluthochdruck noch nicht fixiert war.

Hypophysenmakroadenom bei primärer Hypothyreose ?

Juliane Martins¹, Dr. Kirsten Reschke¹

¹Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Kasuistik: Vorstellig wurde eine 55jährige adipöse Patientin zur endokrinologischen Abklärung des Zufallsbefundes (nach Sturz auf den Kopf und cCT) eines 20 x 20 x 15 mm messenden Hypophysentumors. Auf Nachfrage gab die Patientin subjektive Verlangsamung, Müdigkeit, trockene Haut und seit Jahren bestehende Lidödeme an. Das Gewicht könne sie trotz verschiedener Diätversuche nicht reduzieren. In den veranlassten laborchemischen Untersuchungen der hypophysären Hormonachsen imponierte eine ausgeprägte primäre Hypothyreose (TSH 388 mIU/L, fT4 1,48 pmol/L), alle weiteren Achsen waren intakt. Sonographisch stellte sich eine echoarme, 1 ml messende Schilddrüse dar. Wir begannen einschleichend eine Substitution mit letztlich 125 µg L-Thyroxin, wodurch nach acht Wochen eine Euthyreose erreicht wurde. Drei Monate nach Therapiebeginn gab die Patientin eine deutliche Vigilanzverbesserung sowie eine Gewichtsreduktion von 4 kg an. In der Kontroll-MRT drei Monate nach Substitutionsbeginn zeigte sich eine Tumorregredienz auf 15 x 6 mm bei Normalisierung der ventrodorsalen Ausdehnung der Hypophyse.

Schlussfolgerungen: Eine (vermutlich) lange bestehende ausgeprägte primäre Hypothyreose kann in einer Hyperplasie TSH-produzierender Zellen der Hypophyse resultieren, die nicht mit einem Hypophysenmakroadenom verwechselt werden sollte.

Schilddrüsenhormonstatus bei Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion

Juliane Peters¹, Peter R. Mertens¹

¹Klinik für Nieren- und Hochdruckkrankheiten, Diabetologie und Endokrinologie, Magdeburg, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Einleitung: Das „Low-T3-Syndrom“ ist durch eine Abnahme des freien Trijodthyronins (fT3) und unverändertem Serumspiegel des TSH gekennzeichnet. Diese Schilddrüsenanomalie wird häufig bei Patienten mit chronischer Nierenerkrankung festgestellt, schreitet mit der Verschlechterung der Nierenfunktion fort und ist bei bis zu 70% der Patienten mit Nierenerkrankung im Endstadium weit verbreitet.

Methodik: Ziel unserer Studie war es, die Prävalenz von Schilddrüsenhormon-Anomalien und die Beziehung zwischen den Serumspiegeln von TSH, fT3 und freiem Thyroxin (fT4) in einer großen Kohorte von 4.108 Patienten zu untersuchen.

Resultate: Bei Probanden mit normaler eGFR (>60ml/min) wurde bei 3,38% eine Hypothyreose und bei 8,28% ein „Low-T3-Syndrom“ diagnostiziert, während bei Probanden mit fortgeschrittener Nierenerkrankung (definiert durch eGFR<30ml/min) bei 2,82% eine Hypothyreose und bei 22,9% ein „Low-T3-Syndrom“ detektiert wurde. Eine multivariate Regressionsanalyse zeigte, dass eGFR ein starker unabhängiger Prädiktor für fT3-Serumspiegel bei Patienten mit eGFR<60ml/min war. Wir beobachteten auch eine signifikante Assoziation niedriger fT4- und fT3-Serumspiegel mit beeinträchtigter Nierenfunktion, während TSH-Spiegel nicht mit einer Beeinträchtigung der Nierenfunktion assoziiert waren.

Schlussfolgerungen: In der analysierten Kohorte von 4.108 nachfolgenden Patienten hatten diejenigen mit fortgeschrittener Nierenerkrankung eine 2,5-mal höhere Wahrscheinlichkeit, mit einem „Low-T3-Syndrom“ diagnostiziert zu werden, als diejenigen mit normaler eGFR.

Luftnot nach einer Flugreise

Mohammed Ehsan¹

¹Klinik für Innere Medizin, Städtisches Klinikum Dessau, Dessau, Sachsen-Anhalt, Deutschland

Eine 53-jährige Patientin wurde aufgrund seit 3 Tagen nach einer 5-stündigen Flugreise plötzlich aufgetretener und seitdem bei alltäglicher Anstrengung persistierender Luftnot eingewiesen. An Vorerkrankungen sind eine optimal eingestellte arterielle Hypertonie sowie eine schwangerschaftsassozierte Thrombose des rechten Beins bekannt. Die Patientin präsentierte sich in leicht reduziertem AZ, adipösem EZ, tachykard bis 109/min, tachypnoeisch bis 24/min und leicht hyperten mit $psaO_2$ 93% unter Raumluft, afebril, mit unauffälligem Lungen- und Herzauskultationsbefund und rechtsseitigen Wadenkompressionsschmerzen. Die kapilläre BGA zeigte das Bild einer milden hypoxischen Hyperventilation.

Bei einer Prätest-Wahrscheinlichkeit für Lungenarterienembolie nach Wells-Score von 10.5 Punkten erfolgte sofort eine Computertomografie des Thorax mit Nachweis zentraler und peripherer Thromben beidseits und rechtsventrikulärer Dilatation. Die Laborbefunde waren bis auf signifikant erhöhte D-Dimere und ein geringfügig erhöhtes Troponin unauffällig. Duplexsonografisch wurde eine Fibularvenenthrombose rechts als wahrscheinliche Quellthrombose bewertet. Die Patientin erhielt unfraktioniertes Heparin. In Risikostratifizierung wurde echokardiografisch eine systolischer Pulmonalarteriendruck vom 47mmHg+ZVD abgeschätzt.

Eine Verlaufskontrolle am Tag 5 ergab eine Besserung des systolischen Pulmonalarteriendrucks auf 37 mmHg+ZVD und auch eine flottierende Struktur im rechten Vorhof sowie Binnenechos im linken Vorhof. In der transösophagealen Echokardiografie stellte sich diese Struktur als eine im persistierenden Foramen ovale gefangener Thrombus dar (Thrombus in Transit). Die Patientin wurde sofort in eine Herzchirurgie verlegt. Dort erfolgte am folgenden Tag eine Thrombektomie sowie Nahtverschluss des Foramen ovale persistens komplikationslos, anschließend die Entlassung in die Häuslichkeit.